

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice VIDERMAN

Né le 21 juin 1907, à Ramnicul-Sarat (Roumanie)

A PROPOS D'UN CAS

DE

PSEUDO-KYSTE SOUS-PÉRIOSTÉ
DU FÉMUR

PAR SYPHILIS OSSEUSE DU NOURRISSON

Président : M. P. LEREBoullet, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice VIDERMAN

Né le 21 juin 1907, à Ramnicul-Sarat (Roumanie)

A PROPOS D'UN CAS

DE

PSEUDO-KYSTE SOUS-PÉRIOSTÉ
DU FÉMUR

PAR SYPHILIS OSSEUSE DU NOURRISSON

Président : M. P. LEREBoullet, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N...
Hygiène et médecine préventive	FANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
HARVIER.		VELTER.	
LIAN.			
VALLÉRY-RADOT			
(Pasteur),			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY.	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR P. LEREBoullet

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur d'Hygiène et Clinique de la première enfance
Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a inspiré ce travail et nous a
guidé de ses conseils.*

*En témoignage de notre gratitude et de
la reconnaissance que nous lui devons pour
son enseignement.*

A M. LE DOCTEUR F. BENOIST

Chef de Clinique à la Faculté

*En remerciement pour la bienveillance
qu'il nous a montrée.*

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTÉ

A PROPOS D'UN CAS
DE
PSEUDO-KYSTE SOUS-PÉRIOSTÉ DU FÉMUR
PAR SYPHILIS OSSEUSE DU NOURRISSON

Avant-Propos

Malgré les recherches bibliographiques que nous avons faites dans le domaine de la syphilis osseuse du nourrisson, nous n'avons pas trouvé mentionnée cette forme, se présentant cliniquement et radiologiquement sous l'aspect de pseudo-kyste.

Il semble bien que le cas rapporté dernièrement par MM. le professeur P. Lereboullet et F. Benoist à la Société de Pédiatrie, soit le premier décrit ; c'est l'étude de ce cas qui fera l'objet de notre travail.

Il est bien entendu, qu'il n'est pas question de décrire ici une nouvelle forme clinique ; une seule observation serait insuffisante pour en établir la symptomatologie.

Nous voulons simplement en décrivant ce cas, attirer l'attention sur cette éventualité de la syphilis osseuse du nourrisson ; elle nous a paru intéressante à étudier d'un double point de vue : d'abord pour ce qu'elle présente d'inédit et d'inhabituel, ensuite pour son côté pratique ; en effet, le traitement a donné en

très peu de temps des résultats remarquables et la radiographie a montré le remaniement complet d'une lésion qui, peu de jours auparavant, était très étendue et profonde.

Ce résultat obtenu par le bismuth et uniquement par ce médicament vient confirmer une fois de plus l'opinion que MM. le professeur Lereboullet et F. Benoist se sont faite sur l'efficacité complète et rapide du bismuth dans certaines lésions de syphilis osseuse congénitale.

Sans vouloir attribuer au bismuth une action quasi spécifique sur les lésions osseuses, nous voulons insister sur sa parfaite action et sa bonne tolérance chez le nourrisson.

Aperçu sur les formes anatomo-pathologiques et radiologiques de la syphilis osseuse chez le nourrisson

Deux noms sont attachés à l'histoire de la syphilis osseuse du nourrisson : celui de Parrot et celui de Wegner.

Le premier en France, le deuxième en Allemagne ont donné en même temps et pour la première fois, en 1872, la description restée classique des lésions anatomo-pathologiques qu'engendre la syphilis héréditaire sur le système osseux du nourrisson.

Et si c'est Wegner qui emploie pour la première fois le mot « ostéochondrite », c'est Parrot qui décrit, en détail, les lésions anatomo-pathologiques et la symptomatologie d'une affection mal connue avant lui et qui est devenue, depuis, la classique « pseudo-paralysie de Parrot » ; c'est lui aussi qui l'attribue à sa véritable cause.

La connaissance de ces modifications anatomo-pathologiques apportées par le processus syphilitique au niveau des os atteints, faciliteront la compréhension des images radiologiques lorsque, vers 1895, les

rayons X commenceront à être appliqués dans le domaine de la syphilis osseuse du nourrisson.

A partir de ce moment, ce nouveau moyen va être mis au service du diagnostic des lésions syphilitiques des os, que les investigations cliniques ne sont pas toujours suffisantes à dépister.

C'est une notion courante, la fréquence de l'atteinte osseuse chez le nourrisson né de parents syphilitiques. Le spirochète va donner naissance à des aspects pathologiques assez polymorphes ; nous adopterons, dans leur description, la classification de MM. Péhu et Policard de Lyon, qui ont particulièrement étudié la question. Les auteurs différencient les formes suivantes, leur classification étant basée sur les données anatomo-pathologiques et radiologiques :

L'ostéochondrite.

La périostite ossifiante.

Les raréfactions osseuses.

Les productions exubérantes.

Les bandes transversales.

L'ostéochondrite.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les troubles osseux se localisent au niveau de la zone d'ossification, c'est-à-dire dans la partie du cartilage de conjugaison voisin de la spongieuse et dans les premières travées de la métaphyse.

A ce niveau, certaines travées osseuses subissent des phénomènes de résorption, tandis que d'autres, inversement, seront le siège de phénomènes de condensation. Mais à l'état physiologique il y a un équilibre entre ces deux processus qui arrivent à se contrebalancer, à s'harmoniser.

Dans la syphilis, au contraire, la résorption osseuse prend le pas sur la condensation, elle s'exagère et elle prédomine ; lorsque cette résorption sera très intense, la métaphyse subira de profondes modifications dans sa structure : elle ne sera plus constituée par des éléments osseux, mais presque uniquement par un tissu conjunctivo-vasculaire ; la rupture des éléments osseux minces, mal soutenus, qui ont persisté peu nombreux, sera la conséquence de cette nouvelle architecture de la métaphyse.

RADIOLOGIE. — Les images pathologiques vont forcément avoir le même siège : la région épiphyso-métaphysaire, sur la ligne d'ossification plus spécialement ; les aspects radiologiques seront variables suivant le degré de l'ostéochondrite. MM. Péhu et Policard qui ont contribué beaucoup à l'étude radiologique de la question, admettent trois degrés :

Au premier degré, on remarque sur la radio deux bandes : la première plus foncée, siégeant à la jonction de l'épiphyse cartilagineuse et de la métaphyse et sur laquelle on voit une série de petites dents implantées transversalement ; la seconde, lui faisant suite dans la direction de la diaphyse est claire et plus

étroite. Après celle-ci, l'os reprend son aspect normal. La bande foncée traduirait une zone de calcification régulière ; les dentelures, que l'on observe sur ces bandes, seraient l'image produite par une calcification irrégulièrement distribuée sur les lamelles osseuses de cette région, disposées verticalement suivant l'axe de l'os ; enfin, la bande claire traduirait une résorption osseuse exagérée.

Au deuxième degré, la bande foncée de la ligne d'ossification est plus large et plus irrégulière, les dentelures plus accentuées ; quelquefois, ce n'est pas les deux bandes seulement que l'on observe, mais plusieurs superposées.

Au troisième degré, il y a des bandes plus ou moins étendues, très irrégulières, très foncées ; il y a souvent, en plus, des images lacunaires qui traduisent soit des gommes, soit un tissu jeune de granulation.

La périostite ossifiante.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Appelée ainsi par Frænkel, de Hambourg, elle a été entrevue aussi par Jules Parrot qui a décrit les altérations osseuses observées dans cette forme, en leur donnant le nom « d'ostéophytes ». On la voit vers le troisième ou quatrième mois, car étant une lésion qui fait suite, le plus souvent à l'ostéochondrite, elle n'apparaîtra que lorsque celle-ci aura terminé son évolution.

Il s'agit, comme son nom l'indique, d'une lésion

de la corticale de l'os ; celle-ci devient plus épaisse par adjonction de couches osseuses qui se superposent en lui donnant un aspect feuilleté.

RADIOLOGIE. — Une bande opaque correspondant à la corticale engaine le corps de l'os ; elle peut doubler ou tripler quelquefois l'épaisseur du périoste normal et rétrécir la lumière du canal médullaire. Cette bande d'hyperostose commence à la métaphyse, où elle est moins large, pour augmenter d'épaisseur au fur et à mesure qu'elle se rapproche du milieu du corps de l'os.

Raréfactions osseuses.

RADIOGRAPHIE. — Les lésions se traduisent par des taches claires, creusées dans l'os et siégeant le plus souvent dans la région métaphysaire ; mais on peut toutefois les rencontrer aussi bien sur les épiphyses et le corps de l'os. Ces taches sont, soit irrégulières, polycycliques, soit circulaires ou ovalaires, mais sans contour net.

Autour d'elles il n'y a pas de réaction périostique, donc l'image n'est pas entourée par un anneau sombre lui faisant bordure.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE. — Les classiques ont voulu voir dans ces images la traduction d'un processus gommeux ; actuellement un autre substratum anatomo-pathologique leur est attribué ;

en sa faveur viennent plaider des arguments cliniques et thérapeutiques. Nous reviendrons d'ailleurs plus en détail sur cette question.

Productions exubérantes.

Ici ce n'est plus un processus de raréfaction qui domine, mais au contraire un processus constructif.

Il y a en certains points, une exagération du pouvoir ostéogénique, aboutissant à des néoformations hyperplasiques. La région épiphyso-métaphysaire est élargie, quelquefois doublée de volume.

A la radio, on voit les extrémités osseuses comme engainées par un os nouveau, exubérant et présentant des parties à disposition et contours irréguliers, en bec d'oiseau, ergot ou chou-fleur.

Cette forme se voit au cours des lésions osseuses étendues et coexiste avec d'autres manifestations syphilitiques: ostéochondrite, périostite ossifiante ou raréfactions osseuses.

Bandes transversales.

Cette forme a été décrite par M. Klaften et Priesel; ils pensent qu'il s'agit là d'une ostéochondrite, dont l'évolution a été arrêtée par un traitement tardif, appliqué à la mère pendant la gestation.

A la radio, on constate des ombres limitées par deux lignes très nettes, siégeant dans la métaphyse ou à son voisinage.

Forme ostéomalacique.

En 1924, Mme Enselme, dans sa thèse sur la syphilis osseuse du nourrisson, inspirée par Péhu, a cherché à individualiser une forme ostéomalacique, destructive. L'auteur rapporte trois observations concernant de petits hérédo-syphilitiques présentant une malléabilité particulière des os, que l'on pouvait aisément couder dans tous les sens ; cette mollesse osseuse s'accompagnait de fractures spontanées au niveau des épiphyses, donnant naissance à des déformations des membres qui devenaient onduleux, tortueux, zigzagants ; il y avait en plus des signes de rachitisme précoce. La radiographie montrait, en dehors des traits de fractures et des déformations, un aspect flou, frangé, des lignes épiphysaires avec lésion de décalcification, mais sans lésion d'ostéochondrite ou de périostite. L'examen nécropsique montrait la raréfaction du tissu spongieux, la fragilité corticale et l'élargissement du canal médullaire.

Il y a donc ici une réaction générale retentissant sur le système médullaire de tous les os et aboutissant à cette décalcification extrême.

Le pseudo-kyste par syphilis héréditaire précoce ⁽¹⁾.

(Historique de l'ostéite kystique syphilitique en général.)

Comme nous l'avons déjà dit dans notre avant-propos, il semble bien qu'on n'ait pas encore signalé cet aspect particulier de la syphilis osseuse du nourrisson. MM. le Professeur Lereboullet et F. Benoist rapportent, à la séance du 16 octobre 1933, de la Société de Pédiatrie, le premier cas, observé à la consultation spéciale de syphiligraphie de la clinique Parrot.

Dans la syphilis osseuse héréditaire tardive, cette modalité kystique, tout en étant rare, est loin d'être exceptionnelle. Les premiers cas décrits datent de 1913 ; MM. Albert Mouchet et Meaux Saint-Marc rapportent à cette époque deux cas de kystes osseux et émettent l'hypothèse de l'intervention probable de la syphilis dans leur étiologie. Cette façon de voir a paru assez téméraire à ce moment, et n'a pas été sans soulever d'assez vives protestations ; on a repro-

1. Le résumé de cette observation a été rapporté par MM. P. Lereboullet et F. Benoist à la Société de Pédiatrie.

ché aux auteurs de tomber dans l'extrême qui consiste, pour certains médecins, de considérer comme syphilitique, toute affection d'allure anormale, pour peu qu'elle se manifeste chez un individu atteint de syphilis ; il semblait bizarre qu'une maladie si ancienne, si fréquente, « qui court les rues » et qui atteint si souvent le système osseux, se montrât si rare. Depuis, d'autres cas ont été signalés et actuellement on admet avec Sorrel, que l'on peut faire à la forme kystique une place à côté des autres formes classiques de syphilis osseuse héréditaire. MM. Nové-Josserand et Félix Bérard dans la *Pratique médico-chirurgicale*, s'expriment ainsi à ce sujet : « Exceptionnellement, la syphilis peut revêtir d'autres formes ; certains kystes des os ont certainement cette origine. »

Les kystes observés dans la syphilis osseuse tardive présentent des caractères particuliers qui les rapprochent de ceux du kyste essentiel de l'adolescence, tels qu'ils furent décrits, dans leur mémoire restée classique, par Lecène et Lenormant en 1912. A la radio, ils présentent l'aspect de « l'os soufflé » ; à l'examen anatomopathologique, dans les cas où une intervention est pratiquée, ils montrent une transformation de la moelle osseuse en moelle fibreuse, avec raréfaction ; en somme, des lésions semblables à celles décrites par Mikulicz sous le nom « d'ostéo-dystrophia juvenilis cystica » et que l'on retrouve aussi dans les kystes de la maladie osseuse de Recklinghausen.

Dans le premier cas de Mouchet, il s'agit d'un sujet porteur de dystrophies dentaires et faciales multiples,

présentant des anomalies de la parole, de l'incontinence d'urine, avec un Bordet-Wassermann positif.

A la radio, on voit une image de kyste osseux solitaire de l'olécrane, avec aspect d'os soufflé creusé de cavités multiples, claires et séparées les unes des autres par des cloisons.

Le traitement améliore considérablement les symptômes fonctionnels, mais anatomiquement il modifie peu les lésions.

Le deuxième malade présente un Bordet-Wassermann positif, du prognatisme et une voûte palatine profonde. A la radio, le même aspect d'os soufflé ; le traitement agit lentement en modifiant favorablement les signes fonctionnels, mais peu les signes anatomiques.

En 1920, Mouchet rapporte à la Société de Chirurgie deux autres cas : le premier concerne une fillette de 12 ans, présentant des stigmates nets d'hérédosyphilis avec Bordet-Wassermann positif. La radio montre une lésion kystique de l'astragale. Le traitement donne ici aussi une amélioration fonctionnelle, mais pas de reconstitution anatomique notable.

Le deuxième cas se rapporte à une jeune fille de 17 ans, présentant au niveau de son grand trochanter un aspect de kyste multiloculaire. Le Bordet-Wassermann n'a pas été pratiqué, mais le père avoua une syphilis ancienne.

En 1921, à l'occasion de la discussion à la Société de Chirurgie d'un cas de kyste osseux multiloculaire, probablement syphilitique, M. le professeur Hart-

mann cite également un cas personnel de kyste osseux multiloculaire qui a rétrocedé à la suite d'un traitement anti-spécifique ; le père avoua une syphilis ancienne.

En 1922, nous trouvons une observation rapportée par Tillier. Il s'agit d'un jeune Kabyle de 13 ans, présentant un Bordet-Wassermann et un Hecht positifs et de nombreuses dystrophies dentaires et osseuses. La radio montre, à l'extrémité inférieure du radius, le même aspect d'os soufflé, creusé de cavités claires, séparées par des cloisons.

En 1923, Lapointe rapporte des radios concernant un kyste de l'extrémité supérieure du tibia ; il s'agissait d'une jeune femme de 19 ans présentant des stigmates d'hérédo-syphilis et une hyperostose marquée du péroné. L'auteur ne mentionne pas les résultats obtenus par le traitement.

En 1925, Léri et Mlle Linossier rapportent à la Société Médicale des Hôpitaux, le cas d'une jeune fille de 19 ans, présentant au niveau de la voûte crânienne deux formations pseudo-kystiques à contour net, accompagnées de petites vacuoles, très irrégulières à contour flou et disséminées dans la voûte ; toutes ces formations se trouvaient au milieu d'un os normal, non hyperostosé. Les auteurs, envisageant la possibilité de formations kystiques d'origine syphilitique, ont institué un traitement qui a donné de bons résultats confirmant leur façon de penser.

Le dernier cas publié à ce sujet, et le plus démonstratif est celui rapporté par MM. Sorrel et André

Richard, le mois de juin 1934, à la Société de Chirurgie.

Il s'agissait d'une fillette de 12 ans, porteuse d'un kyste de l'extrémité supérieure du péroné, ayant tous les caractères cliniques, radiologiques et même anatomo-pathologiques du kyste osseux essentiel. Une intervention fut pratiquée qui montra un kyste uniloculaire contenant une petite quantité de liquide séreux. L'examen microscopique de la paroi a montré une transformation fibreuse de la moelle avec présence de myéloplaxes. Plus tard, et tout à fait par hasard, une réaction de Bordet-Wassermann étant pratiquée, fut trouvée positive. Le traitement antispécifique amena une guérison fonctionnelle et anatomique radicale qui ne semblait pas pouvoir être attribuée à l'intervention et à la greffe consécutive, mais bien au traitement.

Enfin, en Angleterre, Skillern rapporte aussi deux cas de kystes osseux multiloculaires qu'il attribue à la syphilis héréditaire.

Ce sont là tous les cas que nous avons pu trouver dans la littérature concernant les kystes dont l'origine est certainement syphilitique ; car on peut aussi bien voir des lésions kystiques chez des syphilitiques sans que le tréponème intervienne dans leur étiologie ; le traitement dans ce cas n'a aucune prise, comme l'a montré Lecène qui a rencontré plusieurs cas de ce genre, surtout chez des Arabes syphilitiques et chez qui le traitement n'avait aucune influence.

En somme, nous voyons que les kystes par syphilis

osseuse héréditaire tardive dont nous avons pu trouver les observations, sont *centraux*, *multiloculaires* la plupart du temps et donnant à l'os l'aspect *soufflé* ; le traitement agit sur eux plus lentement et en modifiant plutôt les signes fonctionnels que la structure anatomique de l'os atteint.

Il en est tout autrement dans le cas dont nous rapportons plus loin l'observation et c'est cette différence que nous avons tenu à souligner tout d'abord.

OBSERVATION.

La petite L..., âgé de 2 mois $1/2$, avait été amenée en mai dernier à la consultation d'orthopédie de l'Hospice des Enfants-Assistés pour *une tumeur de l'extrémité inférieure de la cuisse droite*.

Le diagnostic de *kyste osseux* avait été discuté par M. Ducroquet, mais à la suite d'une *biopsie* faite dans le service de chirurgie, l'enfant fut adressée à la consultation spéciale de syphiligraphie de M. le Professeur Lereboullet.

L'examen anatomo-pathologique du fragment prélevé par biopsie, montrait en effet des lésions d'infection subaiguë du type syphilitique.

On y voyait de larges bandes de sclérose qui traversaient et dissociaient des trousseaux musculaires ; en plus il existait d'importantes lésions vasculaires : des capillaires à parois extrêmement épaisses et dont l'endothélium, au lieu d'être réduit à une mince ligne de cellules aplaties, était comme tuméfié, formé de cellules gonflées qui faisaient saillie à l'intérieur du vaisseau. Tout

autour de celui-ci on remarquait un infiltrat cellulaire formé de plasmocytes, de moyens mononucléaires et de lymphocytes.

En raison de la nature des éléments qui composaient l'infiltrat cellulaire, de leur groupement autour des vaisseaux, de l'importance et du caractère des lésions vasculaires, le diagnostic d'inflammation syphilitique s'imposait.

A l'examen, on se trouvait en présence d'une enfant ayant un bon état général et pesant 4 kgr. 850.

L'examen local permettait de percevoir au niveau de l'extrémité inférieure de la cuisse droite du côté externe, une tuméfaction des dimensions d'une grosse noix, régulière, lisse, dure, non crépitante, indolore, allongée suivant l'axe du membre et faisant corps avec l'os.

Cette tuméfaction était recouverte d'une peau normale, ayant conservé sa mobilité et n'étant le siège d'aucun signe inflammatoire ou d'infiltration, sans augmentation de la température locale et sans circulation collatérale.

Les ganglions régionaux étaient indemnes ; les mouvements de l'articulation normaux ; cette lésion était absolument unique ; aucune autre altération osseuse n'était décelable ni à l'examen clinique ni à la radiographie.

L'enfant ne présentait en outre aucun signe de probabilité pouvant faire penser à la syphilis : premier enfant né à terme de parents d'apparence bien portants, ignorant tout antécédent spécifique ; pas de fausses-couches dans les antécédents de la mère ; les réactions de Bordet-Wassermann et Hecht pratiquées chez l'enfant étaient négatives.

A l'examen général, on constatait : un crâne normal, symétrique, sans aucun signe dystrophique, sans stigmates de rachitisme ; pas de paralysies oculaires ou autres ; le foie et la rate étaient normaux ; l'enfant n'était ni anorexique, ni vomisseur ; aucune malformation congénitale ; l'enfant n'a jamais présenté de convulsions.

Les radiographies, qui ont été transmises par la consultation d'orthopédie, montraient des lésions d'un caractère assez particulier et qui ne paraissaient guère avoir été décrites au cours de la syphilis osseuse de la première enfance :

De face (fig. 1) au niveau du tiers inférieur du bord externe de l'os existait une plage claire, une lacune très nette, régulière, comme tirée au compas ; bien limitée en dedans, cette cavité semblait au contraire comme ouverte vers le côté externe où le périoste ne laissait voir que deux crochets l'un inférieur, l'autre supérieur, dont les extrémités libres, assez imprécises, donnaient à l'image réalisée, une forme de *kyste sous-périosté*.

Au niveau de la métaphyse, c'est-à-dire de la partie de l'os la plus voisine du cartilage de conjugaison, existait un aspect *vacuolaire* constitué par la présence de petites zones claires, irrégulières, à limite floue, donnant l'impression d'être produites par un processus de raréfaction osseuse.

De profil (fig. 2) en dehors des deux becs d'élimentant l'aire kystique, on remarquait un épais manchon de périostite bordant la face antérieure du fémur.

En présence de ces renseignements donnés par les examens radiologiques et anatomo-pathologiques, un traite-

ment spécifique s'imposait et M. le Dr Benoist, l'institua tout de suite à l'aide d'un *sel de bismuth soluble*.

Du 1^{er} au 15 juin, il fut injecté 3 cgr. 5 de bismuth métal en 4 injections à raison de 2 par semaine.

Une radiographie de contrôle, faite à ce moment, montra que l'aspect pseudo-kystique avait déjà disparu : une courbe à concavité externe en marquait seulement les limites sur le bord du fémur. L'aspect vacuolaire de la métaphyse avait diminué d'étendue (fig. 3).

En présence de cette amélioration, le bismuth étant bien toléré, la série fut continuée à raison de 2 injections de 0 cmc. 5 par semaine d'une préparation contenant 3 cgr. 5 de bismuth métal par centimètre cube.

Le 3 juillet, après 10 injections de bismuth correspondant à 16 cgr. 5 de bismuth métal, la régression des lésions était presque complète : le bord externe du fémur était net avec seulement une encoche discrète correspondant au crochet inférieur, antérieurement observé. La métaphyse montrait une densification presque normale (fig. 4). En même temps, on constatait une amélioration locale, la tuméfaction avait disparu, et l'enfant avait régulièrement augmenté de poids et pesait 5 kgr. 500 ; son teint gris au début était devenu rosé. Cette enfant a été revue en septembre ; son état général était toujours excellent et il ne persistait localement aucun signe de tumeur.

Avril 1935. — L'enfant a actuellement un an. C'est une superbe petite fille bien colorée et pesant 9 kilogs ; elle ne présente absolument aucun trouble de l'état général. Localement on constate une légère limitation de l'extension de la jambe.

PLANCHE I.

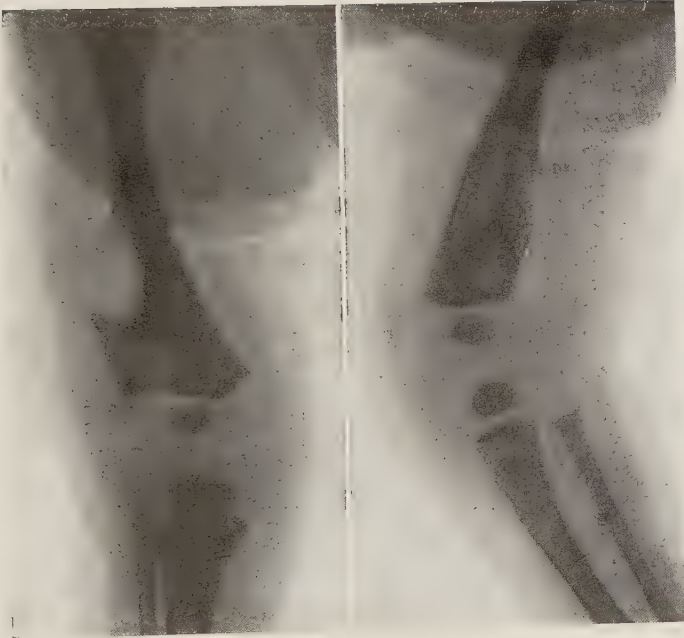


FIG. 1. — Face.

FIG. 2. — Profil.

PLANCIE II.



FIG. 3. — Aspect des lésions après 4 injections de Bismuth totalisant 3 cgr. 5 de Bismuth métal.



FIG. 4. — Aspect des lésions après 10 injections de Bismuth totalisant 16 cgr. 5 de Bismuth métal.

Cette enfant a reçu jusqu'à ce jour les doses suivantes de bismuth :

Du 1^{er} juin au 3 juillet 1934 :

Dix injections de bismuth à raison de 2 injections de 0 cmc. 5 par semaine d'une préparation contenant 3 cgr. 5 de bismuth métal par centimètre cube.

Total : 16 gr. 5 de bismuth métal.

Du 18 septembre au 2 octobre 1934 :

Six injections de même préparation.

Total : 10 cgr. 5 de bismuth métal.

Du 6 novembre au 4 janvier 1935 :

Douze injections de la même préparation.

Total : 21 cgr. de bismuth métal.

Du 8 février au 2 avril 1935 :

Douze injections de la même préparation.

Total : 21 cgr. de bismuth métal.

En somme, du 1^{er} juin 1934 au 1^{er} avril 1935, cette enfant a reçu 69 cgr de bismuth métal ; pendant toute la durée de ce traitement on n'a pas eu à enregistrer le moindre accident.

Remarques sur le cas rapporté.

On n'a pas manqué de remarquer au cours de la lecture de cette observation, ce que présente d'étrange ce cas, pour une affection osseuse syphilitique de la première enfance.

Aussi polymorphes que soient les lésions engendrées par la spécificité sur le système osseux du nourrisson, elles présentent toujours chez lui des carac-

tères particuliers spéciaux et qui lui sont propres au point d'en faire un élément symptomatologique : quelle que soit la forme anatomo-pathologique sous laquelle se présente l'atteinte osseuse, cette atteinte sera toujours chez le nourrisson *symétrique et généralisée* à la plupart des os *d'origine cartilagineuse*.

Il y aura donc des lésions multiples atteignant en même temps plusieurs segments du squelette ; le caractère de symétrie étant traduit par le siège sur deux os homonymes, de lésion au même degré, et au même niveau. Il y a toutefois quelques exceptions, en particulier en ce qui concerne les gommès. Mais comme ces formations sont exceptionnelles chez le nourrisson, ce caractère de symétrie garde toujours sa signification.

Ces particularités s'expliquent par le fait que, chez le fœtus il s'agit d'une véritable septicémie tréponémique atteignant les os d'origine cartilagineuse, dont peu échappent à l'envahissement.

Il en était tout autrement dans le cas de notre nourrisson ; chez lui, comme nous l'avons montré, les lésions sont restées localisées à l'extrémité inférieure d'un fémur.

Cette physionomie peut se voir dans certaines formes de syphilis osseuses de la deuxième enfance, mais beaucoup plus rarement ; en effet, chez l'enfant plus grand, l'infection est restée latente, elle ne s'est réveillée que plus tard, sous l'influence de facteurs divers, en donnant cette fois-ci naissance à des atteintes partielles, localisées, isolées.

Cet aspect inhabituel que nous avons signalé est encore renforcé par l'absence de tout autre signe de probabilité ; rien en effet ne pouvait, même de loin, nous faire penser à l'intervention possible de la syphilis dans l'étiologie de cette altération osseuse. L'examen anatomique et les résultats thérapeutiques ont prouvé seuls la réalité de cette intervention.

Il faut peut-être voir dans cet ensemble de faits, la preuve d'une atteinte extrêmement atténuée.

Quant à l'absence de réactions sérologiques positives, le fait ne doit pas étonner ; M. le Professeur Marfan, dans un article paru dans la *Presse Médicale*, en 1923, reconnaît que les réactions humorales sont fréquemment négatives chez le nouveau-né et le nourrisson, même lorsqu'ils sont porteurs de manifestations syphilitiques indiscutables. Notre Maître M. le Professeur Lereboullet professe la même conception dans son enseignement sur cette question ; nous ne saurions donc nous baser sur des réactions humorales négatives pour rejeter le rôle de la syphilis.

Diagnostic différentiel.

Nous ne voulons pas trop nous étendre sur les diagnostics que l'on pourrait discuter en face de ce cas.

C'est sans difficulté que l'on arrive à éliminer un néoplasme, une manifestation tuberculeuse, une ostéomyélite chronique, un kyste hydatique. Nous passerons rapidement en revue les caractères qui séparent ces affections de celle présentée par notre petite malade, pour nous arrêter un peu plus longuement sur le diagnostic avec les kystes dits « essentiels » et dont un certain nombre semble pouvoir être attribué à une ostéite syphilitique.

De même, nous insisterons sur un diagnostic différentiel qui se pose, lui, dans le cadre même de la syphilis osseuse héréditaire et qui est intéressant, car il touche à la question de la pathogénie de ces formations lacunaires, fréquentes dans la syphilis osseuse : nous voulons parler de la gomme.

Il n'y a chez notre malade ni la rapidité de l'évolution, ni l'altération de l'état général, ni l'adénopathie du *sarcome* ; ni son œdème, ni ses bosselures ; la radiographie ne montre ni l'irrégularité, ni la limite floue, imprécise de la tumeur.

L'ostéomyélite chronique avec abcès osseux est encore plus facilement éliminée; en dehors de la notion d'âge, de l'absence dans les antécédents de poussées douloureuses et fébriles, la radiographie ne montre pas une cavité irrégulière, entourée d'une réaction d'hypérostose périostique de voisinage, lui constituant une bordure opaque comme on le voit dans les abcès osseux.

La tuberculose donne aussi naissance à des formations kystiques, mais ici il n'y a pas de périostite, la tuméfaction est plus fréquemment diffuse, plus chaude, plus douloureuse; on note en général de la contracture et de l'atrophie musculaire.

Mais, très souvent, tous ces caractères ne sont pas suffisants pour établir avec certitude le diagnostic. La tuberculose osseuse présente quelquefois de telles similitudes avec la syphilis, que malgré la clinique et la radiologie, les hésitations sont permises; on a vu des cas qui pouvaient être nettement considérés comme de la tuberculose et qui étaient sans doute de la syphilis. Aussi, ce n'est le plus souvent que le traitement d'épreuve qui arrive à faire la part des choses. C'est dans ces cas que l'on doit employer, comme nous le verrons plus loin, un médicament électif, n'agissant qu'en tant que tréponémicide et qui est en l'occurrence le bismuth.

Il ne reste en somme qu'une affection qui vient à l'esprit devant cette formation kystique dans l'étiologie de laquelle on ne peut faire intervenir ni la fonte d'une tumeur, ni la tuberculose, ni l'abcès

ostéo-myélique, ni une parasitose : c'est le *kyste osseux essentiel idiopathique*.

Beaucoup de caractères communs rapprochent la tumeur présentée par notre petite malade d'un kyste osseux : le même aspect unique, isolé, la même régularité dans la structure, la même indolence, la même intégrité du fonctionnement articulaire, le tout allant de pair avec la conservation d'un bon état général.

Ici et là, absence de tout signe inflammatoire, de toute infiltration et de toute modification dans la direction et la croissance des os.

Bien des points pourtant séparent ces deux dystrophies osseuses. Le kyste essentiel est une affection de l'adolescence, de la période de croissance ; un seul cas signalé par Benst se rapportait à un nourrisson. Le kyste siège dans la métaphyse tout près du cartilage de conjugaison ; sa cavité n'est pas sous-périostée, mais centrale, à extension périphérique, ce qui donne à l'extrémité osseuse l'aspect classique d'os « soufflé » comme usé excentriquement par une cavité intra-osseuse partie du centre et qui s'est également étendue dans toutes les directions, pouvant arriver jusqu'au périoste qui l'entoure et la circonscrit sur ses deux bords. Cette lésion ne s'accompagne d'aucune réaction périostique, d'aucune altération osseuse de voisinage ou dans les autres parties du squelette.

Il n'en était pas de même chez notre malade : une bande épaisse de périostite à la face antérieure du fémur, un état vacuolaire, processus de raréfaction osseuse très vraisemblablement, venaient plaider

contre le kyste essentiel et apporter des présomptions en faveur de l'intervention possible de la syphilis dans cette altération osseuse.

Cette image radiographique pourrait évoquer aussi la *gomme osseuse syphilitique* : mais si celle-ci est une lésion fréquente dans la syphilis héréditaire tardive, elle est par contre extrêmement rare chez le nourrisson.

M. Lereboullet n'en a observé qu'un cas net qu'il a publié avec M. Chabrun ; Thoenes, dans une étude parue en 1922, basée sur l'observation de 43 cas de syphilis osseuse chez le nourrisson, signale deux fois seulement des formations gommeuses. De même, Mme Enselman, sur 25 cas, ne trouve qu'une seule fois la gomme. Il faut attribuer cette rareté au fait que la gomme, processus limité, circonscrit, cadre mal avec le caractère généralisé de la syphilis osseuse du nourrisson.

Mais si la gomme se traduit aux rayons X par une image claire, régulière, circulaire ou fusiforme, elle est généralement entourée par un anneau épais d'hyperostose qui la sertit comme une bague sombre. De plus, la gomme n'obéit pas si rapidement au traitement ; en effet, elle représente un tissu mort, une nécrose complète de l'os à son niveau ; il faut donc, pour obtenir le remaniement, un remplacement total de la lésion, ce qui demande, on le conçoit facilement, un temps plus ou moins long.

Pathogénie

Cette modalité de la syphilis osseuse héréditaire ne doit pas surprendre ; il y a longtemps que MM. Letulle et Bazy ont montré que la dégénérescence kystique est un phénomène banal de pathologie, qui peut atteindre n'importe quel tissu conjonctif ; cette dégénérescence témoigne de la souffrance du tissu, et tout ce qui peut être la cause de cette souffrance est capable de donner naissance aux formations kystiques. Les troubles de la nutrition seront parmi les premières causes de la souffrance du tissu osseux ; or, ces troubles sont la plupart du temps sous la dépendance de lésions vasculaires ; il en résulte que tout ce qui troublerait la régulation vasculaire, infections atténuées de toutes natures, troubles endocrino-sympathiques, pourra être trouvé à l'origine de ces formations lacunaires.

Il est inutile de rappeler combien la syphilis affectionne les parois vasculaires ; l'examen anatomo-pathologique qui a été pratiqué, a montré combien les vaisseaux étaient lésés. Il est probable que la

syphilis a agi ici directement par altération vasculaire et modification du rythme circulatoire.

Mais on peut envisager dans la pathogénie de cette formation kystique, une intervention moins directe ; le spirochète n'agirait plus par action sur les vaisseaux, mais par action sur le système endocrino-sympathique dont l'atteinte déterminerait secondairement la dystrophie.

Récemment, MM. Nicolas et Gaté ont étudié l'atteinte par la syphilis héréditaire des glandes à sécrétion interne. Etant donné l'influence marquée de certaines d'entre elles sur le développement du squelette, on peut supposer que leur altération peut expliquer certains troubles de l'ostéogenèse. Mais la preuve de cette intervention des endocrines, est impossible à prouver ici et nous croyons plus sage de ne pas nous aventurer sur un terrain encore trop hypothétique ; nous nous bornerons donc à mentionner cette intervention possible des altérations endocriniennes.

Quant aux lésions que l'on remarque au niveau de la métaphyse et qui engendrent cet aspect vacuolaire flou, nous pensons qu'il faut les attribuer à ce que Péhu et Policard appellent des raréfactions osseuses.

D'après les classiques, ces images claires répondraient à des gommes osseuses ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Nous avons vu au chapitre du diagnostic différentiel quels sont les caractères de la gomme : aussi bien son aspect radiologique que son comportement envers le traitement la différencie de ces images, claires aussi, mais irrégulières, floues, non

bordées et qui très rapidement, à la suite du traitement, se modifient, s'effacent et, en un espace de temps relativement court, disparaissent complètement, en laissant à leur place un os d'aspect parfaitement normal. N'est-ce pas ainsi que se sont comportées les lésions vacuolaires présentées par notre malade ?

D'après Péhu, Policard, Waldeyer, Köbner, Schneider, on doit considérer ces lésions comme étant la traduction d'un processus tout autre que le processus gommeux. Il ne s'agirait pas d'un tissu mort, dégénéré, mais au contraire d'un tissu jeune, vivant, d'un tissu de granulation conjonctivo-vasculaire, dérivant de la résorption qui s'est accomplie dans l'os. D'où le nom d'« ostéomyélite raréfiante fibreuse » que Ludwig Pick a donné à cette altération.

Il semble que c'est encore aux lésions vasculaires qu'il faille attribuer la pathogénie de ces modifications osseuses : les artérioles, dont les parois sont frappées de vascularite, vont donner naissance à des processus pathologiques divers, suivant le degré d'inflammation qui les atteint : si la lumière du vaisseau est seulement rétrécie, pour suppléer à cette déficience circulatoire, il va s'établir dans d'autres points une circulation plus abondante. Cette augmentation du débit sanguin déterminera une résorption osseuse plus considérable.

Mais si l'atteinte vasculaire est plus importante, il y aura une véritable artérite oblitérante qui, arrêtant la circulation, va produire dans un territoire donné, une zone d'ischémie à laquelle fera suite la nécrose

osseuse avec perte de substance et gomme véritable.

Nous croyons pouvoir considérer ces lésions vacuolaires, que Pick a appelées « ostéomyélite raréfiante fibreuse » comme l'ébauche, le premier stade d'un processus kystique.

Considérations thérapeutiques.

M. le Professeur Lereboullet qui a souvent eu à se louer des résultats obtenus avec le bismuth dans le traitement de certaines formes de syphilis osseuse congénitale, l'a appliqué à nouveau avec M. Benoist dans ce cas particulier.

Les radiographies faites après injection de 3 cgr. 5 de bismuth métal sont suffisamment éloquentes pour montrer la rapidité d'action du médicament. Nous avons vu qu'en l'espace de 15 jours, il s'est produit un complet remaniement de l'os. Cette volumineuse et profonde lacune s'est comblée avec une rapidité étonnante et au bout de 10 injections, totalisant 16 cgr. 5 de bismuth métal, l'os présentait un aspect presque normal.

Cette efficacité du bismuth a été reconnue au Congrès de Pédiatrie qui s'est tenu en Italie en 1922 ; les rapporteurs, MM. Spano et Genoese ont étudié 18 cas d'enfants au-dessous de 12 mois, traités par le bismuth ; la quantité injectée fut de 20 à 30 cgr. de bismuth métal par série, avec des résultats excellents.

Le choix d'une préparation soluble a été dicté par les inconvénients que présente l'administration d'un sel insoluble chez un enfant si jeune ; on sait en

effet, qu'à cet âge les masses musculaires sont très insuffisantes ; les sels insolubles se résorbent difficilement et s'enkystent avec d'autant plus de facilité que le nourrisson est relativement immobile.

En plus, d'après les expériences de Pommaret et Didry, il semble que les sels solubles sont à la fois plus actifs et moins toxiques, agissant plus vite et à plus faible dose.

Dans certains cas, l'emploi du bismuth peut obéir à d'autres considérations : si les lésions se modifient favorablement par son emploi, on peut être sûr que le médicament a agi en tant que facteur tréponémicide ; ce n'est pas la même chose avec l'arsenic. Les arsenicaux sont de puissants eutrophiques ; ils peuvent donc agir le cas échéant, en modifiant l'état général, en améliorant les fonctions nutritives, et partant, la circulation locale, la nutrition même de l'os au niveau de la lésion. Ce n'est pas ainsi que pourrait agir le bismuth qui est au contraire un médicament dépressif.

D'autre part, si les lésions se modifient favorablement par l'emploi du bismuth, on peut être sûr, s'il y a eu tant soit peu de doutes sur leur étiologie, qu'elles aient été très vraisemblablement de nature syphilitique.

En effet, le bismuth a une action bien plus élective que l'arsenic ; celui-ci, en dehors de son action contre le spirochète, est susceptible d'avoir une action favorable sur d'autres lésions : altérations néoplasiques et surtout manifestations tuberculeuses. Les

dermatologistes connaissent bien l'action favorable de l'arsenic sur certaines lésions tuberculeuses de la peau.

M. André Trèves a signalé des cas de lésions indiscutables de tuberculose, guéries par l'arsenic ; un cas typique à ce point de vue est le suivant ; chez un garçon de 14 ans, porteur de ganglions tuberculeux typiques du cou, M. Trèves institue un traitement par le novarsénobenzol ; l'enfant est guéri, mais le cobaye à qui on avait inoculé le pus prélevé par ponction des ganglions, meurt deux mois plus tard de tuberculose.

Nous avons vu tout à l'heure la transformation que le traitement a opéré dans l'os malade de notre nourrisson. Il n'en est pas toujours de même dans les lésions kystiques de la deuxième enfance ou de l'adolescence. Ici, les résultats sont beaucoup moins rapides et il faut des cures prolongées, régulièrement et énergiquement poursuivies pendant des années, pour obtenir un tel remaniement osseux. En effet, les lésions plus âgées obéissent moins vite au traitement, car le pouvoir de reconstruction de l'os diminue au fur et à mesure que les lésions avancent en âge.

On voit donc chez le nourrisson tout le parti que l'on peut tirer du traitement. Jamais une intervention chirurgicale n'amènera un résultat pareil. De ce point de vue, le travail de M. Duchamps, portant sur l'avenir anatomique des kystes osseux opérés, est significatif : tous les cas, même à des années de distance, montrent à la radio des irrégularités de la structure osseuse au niveau de l'ancienne cavité.

Conclusions

1^o La syphilis osseuse du nourrisson peut présenter d'autres caractères que ceux qui lui sont classiquement attribués : elle peut exceptionnellement se manifester sous une forme isolée, localisée, non symétrique. C'est le cas du pseudo-kyste osseux sous-périosté dont nous rapportons l'histoire ;

2^o La connaissance de cette forme pseudo-kystique permettra peut-être dans l'avenir, de faire rentrer dans le cadre nosologique de la syphilis osseuse du nourrisson une nouvelle forme anatomo-clinique et radiologique ;

3^o L'observation que nous publions montre comment il faut toujours suspecter la syphilis devant une dystrophie osseuse, même lorsque la clinique et la radiographie semblent pouvoir orienter le diagnostic vers une autre étiologie.

Devant une image kystique constatée chez le nourrisson, il faudra désormais penser à l'étiologie syphilitique possible et instituer un traitement d'épreuve ;

4^o Celui-ci agit d'autant mieux chez le nourrisson qu'il s'agit là de lésions jeunes, non fixées, et n'ayant

apporté que peu de modifications dans l'architecture osseuse ;

5° L'absence de réactions sérologiques positives et de tous signes cliniques de spécificité ne doit pas suffire à elle seule à faire écarter la possibilité d'une étiologie syphilitique ;

6° Le bismuth, très bien supporté par le nourrisson, se montrant chez lui d'une efficacité indiscutable dans les lésions osseuses, doit être retenu, ainsi que chez l'adulte, comme une médication particulièrement active qui a ses indications précises dans des cas comme celui que nous avons rapporté.

Vu : le Président de la thèse,
LEREBOULLET.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Barthélémy (Alfred, Raymond)*. — Hérédo-syphilis des glandes endocrines. Thèse Paris, 1918-1919.
- Bérard et Alamartine*. — Les dystrophies osseuses (Revue de Chirurgie, p. 137, 1914).
- Benazet*. — Syphilis héréditaire tardive des os longs, chez l'enfant et l'adolescent. Thèse de Paris, 1911.
- Brun et Legrain*. — Le bismuth dans le traitement de la syphilis.
- Delahaye*. — Ostéite fibreuse kystique localisée des os longs. Gazette des Hôpitaux, n° 71, 1921.
- Demelin*. — Traitement de la syphilis par le bismuth. Thèse de Paris, 1922.
- Didry*. — Recherches expérimentales sur la toxicité des sels de bismuth. Thèse de Paris, 1922.
- Duchamp*. — De l'évolution des kystes essentiels des os. (Revue d'orthopédie, 1934).
- Enselme (Mme)*. — Sur quelques formes de la syphilis des os longs dans la première enfance. Thèse Lyon, 1923.
- Feyat*. — Des kystes simples des os longs. Thèse de Lyon, 1899.
- Gougerot*. — Traitement de la syphilis en clientèle.
- Huet (P.-A.-E.)*. — Contribution à l'étude des tumeurs des os. Thèse de Paris, 1925.
- Hutinel*. — Dystrophies de l'adolescence.
- Glandes endocrines et dystrophies osseuses (Archives des maladies des enfants, nov. 1918).

- Huriez.* — Syphilis et endocrinologie (Gazette des Hôpitaux, 20 avril 1922).
- Jeanselme.* — Traité de la syphilis, t. III.
- Lapointe.* — Ostéosyphilome de l'extrémité supérieure du tibia (Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie, p. 316, 1923).
- Lecène et Lenormant.* — Les kystes solitaires (Journ. de chirurgie, t. VIII, 1912).
- Le Gac.* — Contribution à l'étude des kystes osseux essentiels. Thèse de Paris, 1921-1922.
- Léri, Linossier (Mlle).* — Maladie pseudo-kystique du crâne (Bull. et Mém. de la Soc. Médicale des Hôpitaux, 27 mars 1925).
- Lesné, Boutelier.* — Syphilis héréditaire larvée à type endocrinien (Les Sciences médicales, 30 septembre 1933).
- Lesné, Ribadeau-Dumas.* — Kyste des os (Pédiatrie pratique, Conférences du dimanche, 1928).
- Levaditi.* — Le bismuth dans la syphilis.
- Lièvre (J.-A.).* — Ostéose parathyroïdienne.
- Lereboullet (P.) et Benoist (F.).* — Un cas de pseudo-kyste sous-périosté du fémur par syphilis osseuse du nourrisson (Soc. de Pédiatrie, n° 8, 1934).
- Lereboullet (P.) et Boulanger-Pilet.* — Les dystrophies de la puberté ; le rôle des glandes endocrines (Presse therm. et climat., 402-410, juin 1931).
- Lereboullet (P.) et Chabrun.* — Fractures multiples chez les nourrissons rachitiques (Bull. Soc. de Pédiatrie, 151-153 mars 1931).
- Massabuau.* — Kystes essentiels des os (Bulletin médical, juin 1931).
- Ménard.* — Contribution à l'étude clinique et radiologique de la syphilis osseuse héréditaire des os longs (Gaz. des hôpitaux, n° 48 et 51, 1908).
- Mouchet, Le Gac.* — Ostéite fibro-kystique et kystes essentiels

des os (Archives franco-belges de chirurgie, février 1922).

Mouchet et *Meaux Saint-Marc*. — Sur les formes anormales de l'hérédo-syphilis tardive des os longs (Revue d'orthopédie, janvier 1914 et Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie, 1913, p. 1347).

Mouchet. — Ostéite fibreuse et syphilis héréditaire (Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie, 15 déc. 1920, p. 1485).

Moulonquet. — Kystes osseux (Gaz. des hôpitaux, 1926, p. 837).

Nicolas et *Gaté*. — Syphilis et endocrinologie (Bruxelles médical, t. VII, 1927, n° 22-23-24).

Péhu et *Policard*. — Documents radiologiques et anatomiques sur les ostéopathies syphilitiques de la première enfance (Journal de médecine de Lyon, 5 septembre 1926).

Péhu, *Chassard (M.)*, *Enselme (Mme)*. — Statistique d'ostéopathies syphilitiques observées dans la première enfance (Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, janv.-févr.). 1927.

Péhu et *Policard*. — Nosologie de la syphilis osseuse congénitale dans la première enfance (Presse médicale, n° 67, 1931).

Péhu, *Policard* et *Boucaumont*. — Etude et documents nouveaux sur les ostéopathies syphilitiques de la première enfance (Soc. de Pédiatrie, n° 8, 1931).

Péhu et *Policard*. — La syphilis osseuse du nourrisson (*in* Traité de médecine des enfants, Nobécourt, Babonneix).

Ratte. — Evolution des ostéopathies syphilitiques de la première enfance. Thèse Lyon, 1929.

Røederer. — Les kystes des os (Revue d'orthopédie, novembre 1923),

Sénèque. — Kystes osseux (Presse médicale, n° 6, 1924).

Séqui. — Kystes simples des os. Thèse Lyon, 1903.

Sergent, *Ribadeau-Dumas*, *Babonneix*. — Syphilis héréditaire,

t. X (in *Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*).

Sézary. — Le traitement de la syphilis.

Sorrel (Etienne). — Ostéite kystique multiloculaire de l'extrémité inférieure de l'humérus (Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie, 14 décembre 1931).

Sorrel et Sorrel-Déjerine (Mme). — Des diverses formes de la syphilis osseuse et plus spécialement d'une forme rare simulant le kyste essentiel des os (Bull. de la Soc. de Pédiatrie, n° 8, 1934).

Sorrel (Etienne) et Richard (André). — Kyste du péroné, et syphilis osseuse (Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie, n° 20, 1934).

Testoud (Suzanne). — Contribution à l'étude de l'ostéite fibro-kystique, localisée, des os longs. Thèse Alger, 1923.

Tillier. — Ostéite kystique syphilitique (Bull. et Mém. Soc. de Chir., 1922, p. 732).

Tixier. — Rôle du bismuth dans le traitement de la syphilis héréditaire (Bull. médical, 1925, p. 114).

1298. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 4-1935
